

GE_GERICHTE A/2334/2004 vom 23. August 2005

GE Cour de justice, 2005-08-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2334_2004

FR: GE_GERICHTE A/2334/2004 du 23 août 2005

IT: GE_GERICHTE A/2334/2004 del 23 agosto 2005

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 23.08.2005
A/2334/2004

A/2334/2004 ATAS/693/2005 du 23.08.2005 (LAMAL) , REJETE Recours TF déposé le 22.09.2005, rendu le 03.05.2006, REJETE, K 149/05 En fait En droit Par ces motifs
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2334/2004
ATAS/693/2005 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
Chambre 1 du 23 août 2005 En la cause Monsieur M_____, représenté par M. et
Mme C. et D. M_____ recourant contre KPT/CPT CAISSE-MALADIE, ayant son
siège Tellstrasse 18 à Berne intimée EN FAIT L. M_____ (ci-après le recourant) est
affilié en assurance maladie obligatoire et complémentaire auprès de la KPT/CPT
Caisse-maladie (ci-après la Caisse) depuis le 1 er juillet 1996. Auparavant, et dès sa
naissance, il était déjà assuré contre la maladie par cette Caisse. Le 1 er juillet 1995, il a
déménagé du canton de Berne à Genève, sans informer la Caisse de son changement de
domicile, car ses parents continuaient à payer les primes mensuelles, dans un premier temps
(de juillet 1995 à juillet 1999), en raison de son statut d'étudiant, puis afin de faciliter son
entrée dans la vie professionnelle. Au début 2004, l'assuré a demandé à la Caisse de lui
adresser les primes mensuelles à son domicile genevois. Le 10 mai 2004, en réponse à une
demande de la Caisse du 29 avril 2004, le Service de l'assurance maladie du canton de
Genève a attesté du domicile genevois de l'assuré dès le 1 er juillet 1995. Le 12 mai 2004,
la Caisse a informé l'assuré que ses primes avaient été calculées jusqu'au 30 avril 2004
selon le tarif applicable au canton de Berne et qu'elle allait lui envoyer un décompte
correctif pour la période du 1 er juillet 1995 à fin mai 2004 ainsi qu'une nouvelle police
d'assurance. Elle lui a également indiqué que, s'il le souhaitait, il pouvait obtenir un
arrangement de paiement. La Caisse a émis une nouvelle police dès le 1 er mai 2004 tenant
compte de ce changement de domicile. En outre, le 1 er juin 2004, elle a adressé à l'assuré
un décompte rectificatif relatif aux primes de l'assurance obligatoire de juillet 1995 à avril
2004 montrant un solde en sa faveur de 8'604 fr. 60. Le 9 juillet 2004, l'assuré a demandé à
la Caisse de rendre une décision formelle avec indication des voies de recours. Par décision
du 21 juillet 2004, la Caisse a limité son décompte correctif à la période de janvier 1999 à
avril 2004 et a arrêté l'arriéré de primes à 6'569 fr. 40 en incluant les primes de juillet et
août 2004. Le 23 juillet 2004, la Caisse a adressé à l'assuré un nouveau décompte
rectificatif pour l'assurance obligatoire relatif à la période de juillet 1995 à avril 2004,
présentant un montant en sa faveur de 8'604 fr. 60. Puis, le 30 juillet 2004, elle lui a envoyé
une note de crédit d'un montant de 3'486 fr. 60 pour la période de juillet 1995 à décembre
1998 et un décompte rectificatif pour l'assurance complémentaire. Le 18 août 2004, l'assuré
a formé opposition contre la décision du 21 juillet 2004 et contre le décompte du 30 juillet
2004. Il a conclu, à titre principal, à la renonciation par la Caisse à réclamer la différence de
primes. A titre subsidiaire, il a requis l'émission d'un nouveau décompte partant dès le 1 er

mai 1999, la déduction d'un montant de 1'872 fr. 80 correspondant au montant de l'économie de primes qu'il aurait réalisée du 1^{er} mai 1999 à fin avril 2004 s'il s'était adressé à la caisse-maladie la moins onéreuse du canton de Genève, enfin un rabatement approprié en tant que cas de rigueur. A l'appui de son opposition, il a soutenu qu'il était de bonne foi, que son changement de domicile était un fait connu de la Caisse, enfin, que l'erreur de calcul des primes était due à un manque de coordination interne et de transparence. Le 20 août 2004, l'assuré a complété son opposition et a prétendu que l'obligation d'annoncer un changement de domicile, prévue par les statuts de la Caisse et la LPGA, ne lui était pas applicable, car ces réglementations n'étaient entrées en vigueur qu'après son changement de domicile. Le 10 septembre 2004, la Caisse a adressé à l'assuré une facture de 6'179 fr. 10 en remplacement de la facture du 1^{er} juin 2004, puis, le 18 octobre 2004, elle lui a communiqué un premier rappel relatif à la facture du 1^{er} juin 2004 pour un montant de 6'179 fr. 10., plus 5 fr. de frais de rappel. Par décision sur opposition du 25 octobre 2004, la Caisse a partiellement admis l'opposition en considérant que les primes réclamées pour juillet et août 2004 ne faisaient pas l'objet de la procédure de correction des primes. De plus, elle a arrêté à 6'288 fr. le montant réclamé pour la période de décembre 1999 à avril 2004. Dans son recours du 12 novembre 2004, le recourant reprend les mêmes conclusions que dans son opposition, si ce n'est qu'il soutient désormais que l'intimée doit déduire du décompte rectificatif de primes un montant de 2'257 fr. 20 correspondant à l'économie de primes qu'il aurait pu réaliser du 1^{er} mai 1999 à fin décembre 2004. De plus, il reproche à l'intimée de ne pas avoir pris position sur ses conclusions subsidiaires, ni sur la question de la correction des primes de l'assurance complémentaire. Il remet également en question l'application de la LPGA à son cas particulier. Dans sa réponse du 17 janvier 2005, l'intimée conclut au rejet du recours, sous suite de frais et dépens, ainsi qu'à la confirmation de son droit à la différence de primes entre les cantons de Genève et Berne pour la période du 1^{er} janvier 1999 au 30 avril 2004. De plus, elle précise que la question d'une remise de l'obligation de paiement ne s'applique pas aux cotisations et que la question de la correction des primes de l'assurance complémentaire ne peut pas faire l'objet d'une décision formelle de sa part, dès lors que dans ce domaine l'assuré doit directement saisir le juge compétent. Le 1^{er} avril 2005, le recourant a répliqué en contestant l'exposé des faits présenté par l'intimée. En outre, sur la question des primes de l'assurance complémentaire, il a précisé qu'il demandait à l'intimée d'établir un décompte clair, compréhensible et vérifiable pour la seule période entrant en considération. Dans sa duplique du 9 mai 2005, l'intimée a précisé que ses statuts de l'année 1994, valables également pour l'année 1995, prévoyaient que tout changement d'adresse devait être communiqué à la section compétente dans un délai maximum d'un mois. Elle a également indiqué renoncer à percevoir des intérêts sur le montant réclamé. Ces écritures ont été transmises au recourant le 10 mai 2005 et la cause a été gardée à juger. EN DROIT La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1^{er} let. r et 56 T LOJ). Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs. Conformément à l'art. 56 V al. 1^{er} let. a ch. 4 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la

loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Le litige porte sur le complément de cotisations relatives à l'assurance-maladie et accidents obligatoires réclamé par l'intimée pour les mois de décembre 1999 à avril 2004. De plus, le recourant a également pris des conclusions quant aux primes de l'assurance-maladie complémentaire. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué (ATF 125 V 414 ss. consid. 1b et 2 et les références citées). Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être rendu (ATF 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). En l'espèce, l'intimée ne s'est pas prononcée par voie de décision sur la question de la correction des primes de l'assurance-maladie complémentaire. En conséquence, cette question ne fait pas partie de l'objet du litige et le Tribunal de céans ne peut pas entrer en matière sur cette conclusion qui est irrecevable, même si, en vertu de l'art. 56 V al. 1 let. c LOJ, il a la compétence pour connaître des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA). En effet, l'assurance-maladie complémentaire n'est pas régie par la LAMal, mais par la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA). En conséquence, les relations juridiques entre les parties ne sont pas réglées par le droit administratif, mais bien par le droit privé, ce qui implique, en cas de litige, que le juge soit saisi par la voie de l'action et non pas par celle du recours. Dès lors, si le recourant persiste dans ses conclusions en matière d'assurance-maladie complémentaire, il doit saisir directement l'autorité judiciaire, par la voie d'une action qui doit être intentée dans les deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation qui dérive du contrat d'assurance (art. 46 al. 1, 1^{ère} phrase LCA), ce délai pouvant être interrompu selon les règles générales du droit privé. Le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (art. 47 al. 2 in fine de la loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurance privées du 23 juin 1978 – LSA). Au demeurant, dans le présent cas, il ne semble pas que les positions des parties soient irrémédiablement éloignées, car l'assuré demande uniquement à l'intimée d'établir un décompte clair compréhensible et vérifiable pour la seule période entrant en considération. Il semble ainsi que cette exigence pourrait être satisfaite sans que les Tribunaux doivent être saisis d'une telle question, étant précisé que les décomptes successifs contradictoires et peu compréhensibles émis par la Caisse rendent légitimes une telle demande. Cela étant, l'objet du litige relatif à la présente procédure judiciaire concerne exclusivement la réclamation par l'intimée d'un complément de cotisations relatives à l'assurance-maladie et accidents obligatoires pour la période de décembre 1999 à avril 2004. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les

règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, à défaut de règles transitoires contraires, les dispositions générales de procédure du 4^{ème} chapitre de la LPGA (art 27-62) s'appliquent sans réserve dès le jour de l'entrée en vigueur de cette loi (ATF 130 V 1 consid. 3.2, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1^{er} janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA. En l'espèce, le recours concerne un complément de primes de 6'288 fr. pour la période de décembre 1999 à avril 2004 consécutif au changement de domicile du recourant de Berne à Genève en juillet 1995, à savoir pour une période antérieure et postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. L'art. 24 al. 1 LPGA règle expressément cette question de droit matériel pour autant que cette loi soit applicable sur le plan inter-temporel. Au titre des dispositions transitoires de la LPGA, l'art. 82 al. 1 première phrase LPGA prescrit que les dispositions matérielles de la présente loi ne sont pas applicables aux prestations en cours et aux créances fixées avant son entrée en vigueur. Les prestations en cours sont celles qui ont fait l'objet d'une décision - en principe formelle - entrée en force (ATF 130 V 546 consid. 2). La décision sur opposition a été rendue après l'entrée en vigueur de la LPGA, mais elle concerne en partie des cotisations dues avant le 1^{er} janvier 2003. Or, les cotisations arriérées réclamées ne sont pas des prestations d'assurance, ni des créances fixées avant le 1^{er} janvier 2003, mais après cette date. En conséquence, selon une interprétation « a contrario », cette question est régie par la LPGA, plus précisément par son art. 24 al. 1 LPGA. Au surplus, cette interprétation est confirmée par les travaux préparatoires de la LPGA relatifs à l'art. 25 LPGA (alors art. 32 du projet) concernant la restitution des prestations indûment touchées, spécialement cité comme exemple d'une disposition qui ne serait pas applicable à des prestations déjà versées avant l'entrée en vigueur de la loi (FF 1991 II p. 266 ss). En revanche, selon Ueli Kieser (ATSG-Kommentar, note 9 ad art. 82), dans la mesure où la question de la restitution se pose après le 1^{er} janvier 2003, le nouveau droit est applicable dès lors qu'il est statué sur la restitution après son entrée en vigueur et quand bien même la restitution porte sur des prestations accordées antérieurement (arrêt du TFA du 12 mars 2004, K 147/03 consid. 5.1). Cette interprétation peut être reprise mutatis mutandis pour la réclamation d'un complément de cotisations dues en partie avant et après le 1^{er} janvier 2003. En effet, sur le plan juridique, la réclamation par la caisse-maladie d'un complément de cotisations est assimilable à la restitution de prestations par l'assuré puisqu'elles impliquent, dans les deux cas, une application erronée du droit et un versement de la part de l'assuré. La question du droit pertinent *ratione temporis* ne revêt toutefois pas une importance décisive en l'occurrence puisque, sous l'empire de la LAMal cette question litigieuse n'était pas spécifiquement réglée et que, par analogie, l'art. 16 LAVS était applicable à la péremption de la créance de la caisse maladie pour des primes non payées (cf. ATF du 21 janvier 2005, K 99/04 consid. 2.1; ATF 122 V 331). Or, l'art. 24 al. 1 LPGA prévoit que le droit à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée, soit exactement la même réglementation qu'à l'art. 16 LAVS. L'obligation de payer des cotisations découle de l'art. 61 LAMal. Elle constitue la conséquence juridique et impérative de l'affiliation à une caisse-maladie et s'étend à toute la durée de celle-ci (RJAM 1971 p. 51 , 1977 p. 4, 1981 p. 61). Sauf

disposition contraire de la présente loi, l'assureur prélève des primes égales auprès de ses assurés (art. 61 al. 1 LAMal). L'assureur peut échelonner les montants de ses primes s'il est prouvé que les coûts diffèrent selon les cantons et les régions. Le lieu de résidence est déterminant (art. 61 al. 2 LAMal). Le principe de l'échelonnement des cotisations d'assurance ancré à l'art. 61 LAMal n'est, à juste titre, plus contesté par le recourant en procédure de recours. En effet, en utilisant à l'art. 61 al. 2 LAMal une formule potestative et non pas impérative quant à l'échelonnement du montant des primes par cantons et régions, le législateur a voulu autoriser un tel échelonnement, sans le rendre obligatoire. D'ailleurs, la plupart des caisses-maladie ont adopté cette solution. En conséquence, il est établi que l'intimée était en droit de fixer des primes plus élevées pour les assurés domiciliés dans le canton de Genève que pour ceux domiciliés dans le canton de Berne étant donné que les coûts sont plus élevés dans le canton de Genève. Conformément à l'art. 92 al. 1 OAMal, l'assureur est tenu de soumettre à l'OFAS les tarifs des primes de l'assurance obligatoire des soins et leurs modifications, au plus tard cinq mois avant leur application. En l'espèce, les tarifs des primes ont pu être appliqués par l'intimée, ce qui implique qu'ils ont été approuvés par l'OFAS et, par voie de conséquence, qu'ils sont conformes aux coûts moyens des régions et cantons considérés (cf. art. 92 al. 3 OAMal). La question que pose le présent litige est celle de savoir si l'intimée a droit à un complément de cotisations pour la différence entre les primes de base calculées entre le 1^{er} janvier 1999 et le 30 avril 2004 selon le tarif bernois et celles fixées durant la même période d'après le barème genevois. Le droit au complément de cotisations suppose que l'intimée a indûment calculé ses primes d'assurance en appliquant les conditions bernoises, ce qu'il y a lieu d'examiner tout d'abord.

a) Dans le domaine des cotisations également, l'assureur social est en droit de révoquer ses décisions en se fondant sur les règles relatives à la reconsidération des décisions passées en force (ATF du 17 novembre 2000, H 177/00 consid. 5; ATF 126 V 46 consid. 2b et les références). Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 127 V 469 consid. 2c et les arrêts cités). En outre, par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 127 V 469 consid. 2c et les références). A noter que la révision et reconsidération sont désormais explicitement réglées à l'art. 53 LPGA.

b) Le décompte rectificatif de cotisations et les moyens de preuve sur lesquels se fondent la reconsidération ou la révision procédurale sont postérieurs au 1^{er} janvier 2003, de sorte que l'art. 53 LPGA est applicable (ATFA du 16 février 2005, U 263/03, consid. 1.1).

c) Selon l'art. 53 LPGA, une décision formellement passée en force est soumise à révision si des faits nouveaux importants sont découverts subséquentement ou si de nouveaux moyens de preuve sont trouvés qui ne pouvaient pas être produits auparavant (al. 1). En outre, elle peut être reconsidérée lorsqu'elle est manifestement erronée pour autant que sa rectification revête une importance notable (al. 2). L'art. 53 LPGA concerne les décisions administratives qui sont erronées dès l'origine, qu'il s'agisse d'une erreur liée aux circonstances de faits ou aux normes à appliquer (Ueli Kieser, op. cit., note 5 ad art. 53). La révision vise la modification ou l'annulation d'une décision fautive dès son prononcé, en raison de la méconnaissance de faits ou moyens découverts ultérieurement, mais existant déjà au moment où elle a été

rendue (Alfred Maurer, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, Vol. I, Berne 1979, p. 481). La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'article 137 lettre b OJ (cf. ATF du 25 octobre 2004, U 146/04, consid. 3.1). Sont «nouveaux» au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 127 V 358 consid. 5b, 110 V 141 consid. 2, 293 consid. 2a, 108 V 171 consid. 1 et les références). En l'espèce, étant donné que le domicile de l'assuré est déterminant pour l'échelonnement des primes (Message du 6 novembre 1991 du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie, FF 1992 I p. 175) et que le recourant s'est en tout cas constitué un domicile à Genève au plus tard le 1^{er} juillet 1995, date à laquelle il s'est annoncé à l'Office de la population du canton de Genève, les primes d'assurance-maladie et accidents obligatoires fixées par les polices d'assurance de 1995 à 2004 sont erronées en tant qu'elles appliquent les conditions bernoises au lieu des genevoises. De plus, cette erreur repose sur la méconnaissance par l'intimée du changement de domicile du recourant dès le 1^{er} juillet 1995, en raison de l'absence de communication par l'assuré de ce changement. L'intimée a découvert ce fait, au début 2004, lorsque le recourant a demandé à recevoir directement à son domicile genevois les primes de l'assurance-maladie qui étaient payées jusque-là par ses parents. Il s'agit en outre d'un fait important puisqu'il modifie le montant des cotisations dues par le recourant. d) Le recourant soutient que l'erreur de calcul de la prime est imputable à l'absence de coordination interne et de transparence de l'intimée, de sorte qu'il lui incombe d'en assumer les conséquences. Contrairement à ce que prétend le recourant, l'art. 53 al. 1 LPGA ne conditionne pas la rectification de l'erreur à la faute de l'une ou l'autre des parties. En effet, la nécessité de rectifier l'erreur est inhérente au principe de la sécurité juridique, car, l'exécution correcte du droit objectif, de même que le principe de l'égalité de traitement exigent que les cotisations qui n'ont pas été payées ou l'ont été insuffisamment soient perçues dans la mesure où elles ne sont pas prescrites (ATF 125 V 395 consid. 6d). L'art. 24 al. 1 LPGA prévoit que le droit à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée. En conséquence, a priori, c'est à juste titre que l'intimée a limité sa demande de paiement aux primes de janvier 1999 à avril 2004. Le recourant conteste le droit de l'intimée de lui réclamer un complément de cotisations en remontant jusqu'à janvier 1999, estimant que la fin de l'année civile visée par l'art. 24 al. 1 LPGA concerne exclusivement des primes annuelles et non pas des primes mensuelles. Dans le rapport de la commission du Conseil des Etats relatif à l'initiative parlementaire sur une partie générale du droit des assurances sociales, le législateur a précisé que les créances de cotisations portent en général sur une année civile, raison pour

laquelle le délai de péremption ne commence à courir qu'à la fin de l'année civile (FF 1991 II 181 ss ad art. 31). Lors de la votation par les Chambres fédérales, cette disposition n'a fait l'objet d'aucune modification matérielle (Ueli Kieser op. cit., note 1 ad art. 24). De plus, en adoptant cette disposition légale, le législateur n'a fait aucune distinction entre cotisation annuelle et cotisation mensuelle. Selon Ueli Kieser, le délai de cinq ans court à partir de la fin de l'année pour laquelle la cotisation était due. Contrairement à la règle valant pour les prestations, il faut se référer non pas à la date d'échéance de la cotisation, mais à l'année civile pour laquelle la cotisation est due. Cela a pour conséquence qu'en règle générale, le délai de péremption débute avant le moment de l'échéance (op. cit., note 19 ad art. 24). En définitive, l'art. 24 al.1 LPGA signifie que les cotisations ou compléments de cotisations doivent être réclamés dans un délai de cinq ans à compter de la fin de l'année civile pour laquelle ils sont dus, faute de quoi le droit aux cotisations arriérées s'éteint (cf. ATF du 21 janvier 2005, K 99/04 consid. 2.1.2). En conséquence, c'est à juste titre que l'intimée a réclamé un complément de cotisations pour la période du 1^{er} janvier 1999 au 30 avril 2004. Le recourant étant né en 1972, il fait partie depuis 1998 de la classe d'âge des assurés de plus de 26 ans. Pour l'année 1999, les primes mensuelles de l'intimée relatives à l'assurance-maladie obligatoire avec la franchise la plus basse et avec assurance-accidents s'élevaient à 195 fr. pour la ville de Berne et ses agglomérations contre 293 fr. 70 pour le canton de Genève. Par la suite, la prime mensuelle bernoise a passé à 209 fr. 60 (2000), 220 fr. 10 (2001), 237 fr. 50 (2002), 272 fr. 70 (2003) et 278 fr. 20 (2004) contre 308 fr. 40 (2000), 317 fr. 60 (2001), 331 fr. 90 (2002), 371 fr. 80 (2003), 384 fr. 70 (2004) pour la prime mensuelle genevoise. En conséquence, l'intimée a droit à une prime mensuelle complémentaire de 98 fr. 70 pour 1999 (12 mois), 98 fr. 80 pour 2000 (12 mois), 97 fr. 50 pour 2001 (12 mois), 94 fr. 40 pour 2002 (12 mois), 99 fr. 10 pour 2003 (12 mois) et 106 fr. 50 pour 2004 (4 mois), soit un montant total de 6'288 fr. ($12 \times 98 \text{ fr. } 70 + 12 \times 98 \text{ fr. } 80 + 12 \times 97 \text{ fr. } 50 + 12 \times 94 \text{ fr. } 40 + 12 \times 99 \text{ fr. } 10 + 4 \times 106 \text{ fr. } 50$). A relever qu'en demandant une décision formelle, puis en formant opposition avant de déposer un recours, l'assuré n'a fait que suivre la procédure prescrite par la LPGA, sans qu'un retard de paiement ne puisse lui être reproché. En conséquence, les frais de rappel de 5 fr. facturés par l'intimée dans son premier rappel du 18 octobre 2004 sont infondés, dès lors que la décision relative au complément de cotisations n'était ni définitive, ni exécutoire. Le recourant soutient qu'il subit un « dommage » de 2'272 fr. 20, car s'il avait su que les primes genevoises de l'intimée étaient plus élevées que celles qu'il payait, il aurait opté pour une caisse-maladie pratiquant des primes plus intéressantes. Il estime qu'il y a lieu de déduire ce montant des 6'288 fr. que l'intimée lui réclame. Le recourant semble oublier que l'art. 18 al. 3 des statuts 1995 de l'intimée lui imposait de communiquer son changement de domicile à la section compétente dans un délai d'un mois. Il ne peut dès lors pas nier qu'il a violé son obligation de communiquer son changement de domicile et a, par sa propre négligence, contribué à provoquer l'erreur de calcul des cotisations, étant précisé que l'intimée, qui a reçu des demandes de remboursement de soins prodigués dans le canton de Genève, aurait également dû être plus vigilante et demander des renseignements complémentaires quant au domicile effectif du recourant. Quoi qu'il en soit, si le recourant avait rempli son obligation de communiquer son changement de domicile, la Caisse aurait immédiatement procédé à une modification des cotisations, ce qui lui aurait permis de se rendre compte beaucoup plus tôt que l'intimée proposait des primes moins avantageuses que d'autres caisses pour les assurés domiciliés dans le canton de Genève et donc de singulièrement limiter son « dommage ». En conséquence, le grief du recourant n'est pas fondé. Enfin, le recourant

invoque sa situation financière qui constituerait un cas de rigueur et justifierait une remise appropriée sur le complément de cotisations qu'il doit verser à l'intimée. La remise est prévue à l'art. 4 al. 1 OPGA uniquement dans le cas de restitution entière ou partielle de prestations allouées indûment, mais reçues de bonne foi, à savoir l'hypothèse prévue par l'art. 25 LPGA. Cette disposition suit l'art. 24 LPGA réglant l'extinction du droit à des prestations ou à des cotisations arriérées. La systématique de la loi montre donc que le législateur a tout d'abord réglementé le droit à des prestations ou cotisations dues, mais non versées, avant de prévoir des dispositions sur l'hypothèse inverse, à savoir la restitution de prestations indues. Or, il n'a expressément prévu une remise que dans cette deuxième hypothèse. L'absence de disposition expresse quant à la remise de cotisations arriérées montre que, sciemment, le législateur n'a pas voulu prévoir de remise dans une telle éventualité et donc que l'art. 25 al. 1 LPGA ne peut pas être appliqué par analogie au paiement de cotisations arriérées. Au surplus, la LPGA coordonne le droit fédéral des assurances sociales en fixant les normes d'une procédure uniforme et en réglant l'organisation judiciaire dans le domaine des assurances sociales (art. 1 let. b LPGA). Ses dispositions sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances spéciales le prévoient (art. 2 LPGA). Etant donné que l'art. 1 al. 1 LAMal prévoit expressément l'application de la LPGA, il ne fait aucun doute que cette législation est applicable dans le domaine de l'assurance-maladie. De plus, quant à la remise de cotisations, la LAMal ne déroge pas expressément à la LPGA (cf. art. 1 al. 1 LPGA), contrairement à l'art. 14 al. 4 LAVS qui prévoit la compétence du Conseil fédéral pour édicter des dispositions sur la remise du paiement de cotisations arriérées, en dérogation à l'art. 24 LPGA. En application de l'art. 14 al. 4 LAVS, le Conseil fédéral a prévu à l'art. 40 al. 1 RAVS une remise des cotisations arriérées en cas de bonne foi et si la situation financière de l'assuré l'exige. Etant donné que la LAVS a prévu une dérogation à la LPGA en matière de remise des cotisations, cela confirme que la LPGA n'a pas envisagé une remise de cotisations arriérées, sinon une dérogation dans la LAVS mentionnant expressément une telle remise n'aurait pas été nécessaire. Contrairement à ce que prétend le recourant, l'intimée s'est montrée disposée à lui accorder un règlement amiable en renonçant à percevoir des intérêts de retard et en proposant un arrangement de paiement pour l'arriéré de cotisations de façon à ce que justement il ne soit pas obligé de contracter un prêt pour régler sa dette. Au vu de ce qui précède, la décision sur opposition du 25 octobre 2004 doit être confirmée. Le recours s'avère mal fondé. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant (conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ) A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Confirme la décision sur opposition du 25 octobre 2004. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ). La

greffière Marie-Louise QUELOZ La Présidente : Doris WANGELER Le secrétaire-juriste :
Philippe LE GRAND ROY Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties
ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte
Originaltext. Quellen-URL siehe oben.